



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามาศ 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพหลโยธิน แขวง บางเขน กรุงเทพมหานคร 10310
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376
www.krungthai-axa.co.th

แบบฟอร์มคำขอยกเลิก การชำระเบี้ยประกันและขอเงินคืน

วันที่ / /
เขียนที่

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) เลขที่กรมธรรม์ (ถ้ามี)
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ
อีเมล ชำระเงิน เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. จำนวนเงิน บาท
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร () โดยทำการผ่านช่องทาง
☐ เงินสด ☐ เช็ค ☐ หักผ่านบัญชีธนาคาร
ธนาคาร เลขที่บัญชี เลขที่เช็ค ลงวันที่ เดือน พ.ศ.
☐ หักผ่านบัตรเครดิตรายครั้ง ☐ หักผ่านบัตรเครดิตอัตโนมัติ
เลขที่
☐ อื่นๆ โปรดระบุ

มีความประสงค์ขอรับเงินคืน

☐ ยกเลิกการทำประกันชีวิต (กรณีชำระเงินเข้าบริษัทแต่ไม่ได้นำส่งใบคำขอ) ☐ ชำระเงินเข้าช้อน
☐ บริษัทฯ ปฏิเสธ/เลื่อนพิจารณาการรับประกัน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า เพื่อใช้ในการยกเลิกการชำระเบี้ยประกันภัย และการขอเงินคืนตามวัตถุประสงค์
ในการดำเนินการตามคำขอฉบับนี้

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงและเป็นไปตามความประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการ และจะไม่เรียกร้อง ฟ้องร้อง ปฏิเสธรายการ หรือ
ดำเนินการใดๆ กับบริษัทฯ หลังจากที่ข้าพเจ้าได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ
()
ผู้ชำระเงิน
เบอร์ติดต่อ

ลงชื่อ
()
ผู้ขอเอาประกันภัย / เจ้าของกรมธรรม์
เบอร์ติดต่อ

หมายเหตุ เอกสารในการขอคืนเงินมีดังนี้

- แบบฟอร์มคำขอยกเลิกการชำระเบี้ยประกันและขอเงินคืน
- ใบรับเงินชั่วคราวต้นฉบับสีขาว กรณีชำระเงินเข้าบริษัท แต่ไม่ได้นำส่งใบคำขอ (หากสูญหายต้องแนบหลักฐานใบแจ้ง ความสูญหายมาด้วยทุกครั้ง)
หรือใบรับเงินชั่วคราวอิเล็กทรอนิกส์
- หลักฐานการชำระเงิน เช่น สำเนาเปย์อิน, สลิปบัตรเครดิต
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน หรือสูติบัตร (ถ้าผู้เอาประกันเป็นเด็กต้องมีเอกสารแสดงความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ (Book Bank) หรือสำเนาหน้าบัตรเครดิตกรณีชำระด้วยบัตรเครดิต
- เอกสารเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)

